

Головная и лицевая боль в специализированной клинике боли: распространенность и коморбидность

Е. А. Кислова¹, Н. В. Латышева^{2,3}, Е. Г. Филатова^{2,3}

¹Поликлиника № 2 сети клиник АО «Семейный доктор», Москва

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

³ООО «Цефалголог» – Клиника головной боли и вегетативных расстройств имени академика Александра Вейна – клиническая база Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва

РЕЗЮМЕ

Головная боль (ГБ) и лицевая боль широко распространены в практике специализированных центров боли. Однако надежных данных об их распространенности и коморбидности недостаточно.

Цель исследования. Оценка представленности различных форм ГБ и орорасиальной боли, а также их коморбидности.

Методы. Диагноз ГБ и орорасиальной боли ставился специалистом по боли на основе осмотра и интервью. Все пациенты заполняли шкалу депрессии Бека (BD I-II) и шкалу Бека для оценки тревоги. Наличие бруксизма оценивалось по самоотчетам пациентов.

Результаты. В исследовании приняли участие 310 пациентов: 177 (57%) пациентов с ГБ, 28 (9%) пациентов с лицевой болью и 105 (34%) пациентов с ГБ в сочетании с лицевой болью. Распространенность лицевой боли у пациентов с ГБ составила 37,2%. Среди форм ГБ превалировала мигрень, среди форм лицевой боли – болевая форма дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС). У пациентов с лицевой болью отмечена высокая распространенность бруксизма сна и бодрствования.

Обсуждение. Мигрень и болевая форма ДВНЧС являются наиболее частыми диагнозами у пациентов с ГБ и орорасиальной болью в специализированном центре боли. В качестве препаратов первого выбора для терапии мигрени с коморбидной болевой формой ДВНЧС используются НПВС. Среди современных представителей этой группы можно отметить препараты ОКИ и ОКИ АКТ – это хорошо растворимые формы кетопрофена лизиновой соли, обеспечивающие быстрое действие по сравнению с таблетированными НПВП в сочетании с отличной переносимостью.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: головная боль, мигрень, орорасиальная боль, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, бруксизм.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Headache diagnoses in patients with orofacial pain at a specialized pain center

E. A. Kislova¹, N. V. Latysheva^{2,3}, E. G. Filatova^{2,3}

¹Family Doctor Clinic

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

³Alexander Vein Headache Clinic

SUMMARY

Background. Headache and orofacial pain (OFP) are widespread at specialized pain centers. However, reliable data on their prevalence and co-occurrence are lacking, and prevalence of OFP in headache patients seems to be underestimated. The aim of this study was to evaluate the types of headache in patients with OFP and types of OFP in patients with headache.

Methods. We enrolled patients presenting with headache and/or OFP. Patients were examined by an experienced headache and pain specialist who questioned the patients about the presence of OFP. Depression was assessed with the Beck Depression Inventory (BDI-II), anxiety – with the Beck Anxiety Inventory (BAI). Bruxism was evaluated based on subject self-report.

Results. We recruited 310 patients: 177 (57%) patients with headache, 28 (9%) patients with OFP and 105 (34%) patients presenting with both types of pain. The prevalence of OFP in headache patients was 37.2%. Migraine was the most prevalent type of headache, while painful temporomandibular disorder (TMD) – the most prevalent form of OFP. Patients with PFP presented with a high prevalence of sleep and awake bruxism.

Conclusion. Migraine and pain-related TMD are the most prevalent diagnoses in a specialized pain center. OKI and OKI ACT are soluble forms of ketoprofen and reach peak concentration in 15 minutes. This enables faster onset of action compared to conventional NSAIDs and better tolerability. OKI and OKI ACT are recommended in the acute treatment of migraine with comorbid painful TMD.

KEYWORDS: headache, migraine, orofacial pain, temporomandibular disorder.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Головная боль (ГБ) входит в десятку самых частых причин нетрудоспособности в мире. В исследовании Global Burden of Disease 2016 года головные боли в совокупности были третьими, а мигрень занимает второе место среди всех причин нетрудоспособности [1]. При этом в группе людей младше 50 лет по данному показателю мигрень занимает первое место [2].

Орорасиальная боль (ОФБ) хуже диагностируется, и многие пациенты не получают требуемое лечение. При

этом дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) выявляется у 20–30% взрослого населения [3]. Болевая форма ДВНЧС является второй наиболее частой причиной ОФБ после зубной боли. Во много раз реже причиной ОФБ являются невралгии и нейропатии черепных нервов, а также орорасиальные формы первичных ГБ.

Проявлениями болевой формы ДВНЧС могут быть ОФБ, звуковые феномены из височно-нижнечелюстного сустава, а также ГБ. Важно отличать головную боль, ассоциирован-

Таблица 1
Формы ГБ в исследованной популяции

п	282		
Мигрень	177 (62,8%)	ГБ на фоне ДВНЧС	18 (6,4%)
• Мигрень без ауры	140 (49,6%)	Другие вторичные ГБ	15 (5,3%)
• Мигрень с аурой	37 (13%)	Сочетанные формы ГБ	
ГБН	42 (14,9%)	Мигрень + ГБ на фоне ДВНЧС	6 (2,2%)
Тригеминальные автономные цефалгии	6 (2,1%)	ГБН + ГБ на фоне ДВНЧС	5 (1,8%)
Другие первичные ГБ	12 (4,2%)	Тригеминальная автономная цефалгия + ГБ на фоне ДВНЧС	1 (0,3%)

ную с ДВНЧС, от головной боли напряжения (ГБН) с дисфункцией перикраниальных мышц в связи со схожестью их проявлений. В отличие от ГБН, ГБ, ассоциированная с ДВНЧС, зависит от движения челюсти, жевания или парафункциональной активности и воспроизводится в провокационных пробах (при пальпации мышц и движении челюсти) [4].

В последние годы появился новый взгляд на бруксизм, и этот феномен стал рассматриваться как широкий спектр активности челюсти и жевательных мышц во время сна и (или) бодрствования [5]. Важно дифференцировать две формы: бруксизм сна, ассоциированный с парафункциональной активностью жевательных мышц во время сна со скрежетанием зубами и (или) сжиманием челюстей, а также бруксизм бодрствования, проявляющийся повторяющимся или длительным контактом, сжатием челюстей и (или) напряжением нижней челюсти. Этиология этих видов бруксизма изучена недостаточно.

Целью настоящей работы стало определение распространенности различных форм ГБ и ОФБ, а также их взаимоотношений у пациентов в специализированном центре боли.

Материалы и методы

Участники были отобраны на приеме невролога-цефалголога с декабря 2021 по октябрь 2022 года. Критериями включения были возраст старше 18 лет, наличие головной и (или) лицевой боли. Все участники исследования заполнили форму информированного согласия.

Диагноз ГБ ставился в соответствии с критериями Международной классификации головной боли 3-го пересмотра [6]. Болевая форма ДВНЧС диагностировалась по международным критериям DC/TMD [4]. Данные критерии диагноза подразделяют болевую форму ДВНЧС на миалгию, миофасциальный болевой синдром, артралгию и ГБ, ассоциированную с ДВНЧС. Осмотр и опрос проводились опытным специалистом по ГБ и ОФБ, при этом исследователь задавал активные вопросы на предмет выявления жалоб на лицевую боль. Уровень депрессии оценивался по шкале Бека (BDI-II), тревоги – по шкале тревоги Бека (BAI).

Наличие бруксизма сна выявлялось по самооценке участников или сообщении партнера о звуках скрежета и (или) скрипа зубами во сне, ощущению боли и (или) напряжения в мышцах лица по утрам после сна, а также по результатам осмотра ротовой полости на предмет гиперкератоза слизистой оболочки щек (*linea alba*), наличия отпечатков зубов на языке, повреждения зубов и реставрации,

а также повышенной стираемости зубных поверхностей. Бруксизм бодрствования оценивался по самоотчетам пациентов о сжатии зубов и напряжении нижней челюсти в дневное время.

Для статистического анализа применялись методы описательной статистики, t-тест Стьюдента и тест хи-квадрат.

Результаты

В исследовании приняли участие 310 пациентов, которые обратились на специализированный прием по головной и лицевой боли с декабря 2021 по октябрь 2022 года. Средний возраст составил $40,6 \pm 13,4$ года, в группу вошли 231 (74,5 %) женщина и 79 (25,5 %) мужчин. 282 (91 %) пациента предъявляли жалобы на ГБ, 133 (43 %) – на лицевую боль (табл. 1). На основании самоотчетов бруксизм бодрствования был диагностирован у 127 (41 %) пациентов, бруксизм сна – у 69 (22,3 %) пациентов.

При детальном клиническом анализе показано, что у 177 (57 %) пациентов отмечалась только ГБ, у 28 (9 %) пациентов – только лицевая боль, у 105 (34 %) пациентов ГБ сочеталась с лицевой болью. Распространенность ОФБ у пациентов с ГБ составила 37,2 % (105/282 пациента). Доля хронической боли (ГБ, ОФБ или их сочетания) была сопоставимой среди женщин (57/231; 24,7 %) и мужчин (16/79; 20,2 %) ($p = 0,500$).

В структуре форм ГБ со значительным отрывом преобладала мигрень (62,8 %) (табл. 1). В группе пациентов с ГБ выявлены также ГБН (14,9 %) и другие первичные ГБ. Среди вторичных форм ГБ превалировала ГБ на фоне ДВНЧС (10,7 %) – отдельно или в сочетании с первичными формами ГБ.

У пациентов, предъявлявших жалобы на лицевую боль, наиболее часто выявлялась болевая форма ДВНЧС (117 пациентов; 88,0 %) (табл. 2). У 5 (3,8 %) пациентов болевая форма ДВНЧС была коморбидна другим видам лицевой боли. У 108 (81,2 %) пациентов лицевая боль носила острый характер, у 25 (18,8 %) выявлена хроническая форма ОФБ. У 35 (26,3 %) пациентов лицевая боль отмечалась исключительно во время ГБ, у 98 (73,7 %) возникала вне зависимости от наличия или отсутствия ГБ.

Среди форм ГБ у пациентов, предъявлявших жалобы на ГБ и лицевую боль, наиболее часто выявлялись мигрень – отдельно или в сочетании с ГБ на фоне ДВНЧС (62,9 %) и ГБ на фоне ДВНЧС (28,5 %) (табл. 3).

Бруксизм сна и бодрствования значительно чаще выявлялись у пациентов с ОФБ и пациентов с коморбидной ГБ и ОФБ по сравнению с пациентами с ГБ (табл. 4).

У пациентов с ОФБ и ГБ + ОФБ выявлен более высокий уровень тревоги по сравнению с пациентами без лицевой боли ($21,4 \pm 7,5$ против $24,9 \pm 7,0$, $p = 0,020$ и $21,4 \pm 7,5$ против $27,2 \pm 7,6$, $p = 0,001$ соответственно). У пациентов с ОФБ распространенность хронической боли была значительно более высокой по сравнению с пациентами с ГБ (39% против 13%, $p = 0,001$).

Обсуждение

В нашем исследовании на большой выборке пациентов, обратившихся в специализированную клинику боли, выявлена высокая распространенность лицевой боли у пациентов с ГБ: у каждого третьего пациента, обратившегося на прием, ГБ сочеталась с ОФБ. Важно, что многие из данных пациентов предъявляли жалобы исключительно на ГБ, а наличие лицевой боли уточнялось при тщательном расспросе и осмотре. Это может быть связано с вынужденным фокусом на сильной ГБ, так как среди форм ГБ с большим отрывом превалировала мигрень с аурой и без ауры.

При этом у каждого пятого пациента выявлена хроническая форма ГБ или лицевой боли, что указывает на значительную задержку диагноза и лечения у пациентов с ГБ и орофациальной болью. Необходимо еще раз обратить внимание на тщательный сбор анамнеза и осмотр пациентов с ГБ, которые могут не предъявлять жалобы на лицевую боль. Задержка правильной диагностики ГБ и ОФБ приводит к хронификации боли, резистентности к терапии и ненужным страданиям пациентов.

В группе пациентов с ГБ преобладала мигрень. Несмотря на более высокую распространенность ГБН в популяции, на приеме у врача общей практики мигрень встречается в 6 раз чаще [7]. В нашем исследовании в центре боли у пациентов с ГБ распространенность мигрени также в 4 раза превышала частоту ГБН (63 и 15% соответственно). Распространенность вторичных форм ГБ составила 16%, что значительно выше ожидаемых 2–10% [8, 9]. Среди всех вторичных форм ГБ лидировала ГБ на фоне ДВНЧС, ее распространенность составила 10,7%, что значительно превышает таковую в общей популяции. По-видимому, распространенность ГБ на фоне ДВНЧС недооценивается врачами и даже специалистами по ГБ.

У пациентов с лицевой болью наиболее часто диагностировалась болевая форма ДВНЧС (89,5%). Интересно, что распространенность невралгии тройничного

Таблица 2
Формы ОФБ в исследованной популяции

п	133
ДВНЧС, болевая форма	114 (85,7%)
Невралгия тройничного нерва	3 (2,2%)
Посттравматическая и постгерпетическая невропатия тройничного нерва	7 (5,3%)
Орофациальная мигрень	2 (1,5%)
Другие виды лицевой боли	2 (1,5%)
ДВНЧС + другая ОФБ	5 (3,8%)

Таблица 3
Структура диагнозов ГБ у пациентов с ГБ и лицевой болью

п	105
Мигрень	59 (56,2%)
ГБН	6 (5,7%)
Тригеминальная автономная цефалгия	5 (4,8%)
ГБ на фоне ДВНЧС	18 (17%)
Другие вторичные ГБ	5 (4,8%)
Мигрень + ГБ на фоне ДВНЧС	7 (6,7%)
ГБН + ГБ на фоне ДВНЧС	5 (4,8%)

нерва даже в специализированном центре боли не превышала 2,2%. Другие авторы также сообщают о частой постановке диагноза тригеминальной невралгии пациентам с ДВНЧС и ошибочных и потенциально опасных направлениях таких пациентов на микроваскулярную декомпрессию [10].

Среди форм ГБ у пациентов, предъявлявших жалобы на сочетание ГБ и лицевой боли, наиболее часто выявлялась мигрень (62,9%). Второй по распространенности формой ГБ являлась ГБ, ассоциированная с ДВНЧС (28,5%). В этой группе распространенной боли частота встречаемости мигрени превышала частоту ГБН в 6 раз (62,9% против 10,5%), а ГБ на фоне ДВНЧС встречалась в 2,7 раза чаще по сравнению с ГБН. Эти результаты свидетельствуют о том, что ГБ на фоне ДВНЧС во многих случаях диагностируется недостаточно, что приводит к ошибочному лечению вследствие крайне частой гипердиагностики ГБН. Также важно, что в группе пациентов с самыми тяжелыми формами боли (ГБ + ОФБ) число женщин значительно преобладало над количеством мужчин.

Таблица 4
Распространенность депрессии, тревоги, бруксизма сна и бодрствования у пациентов с ГБ и лицевой болью

п	Только ГБ	Только лицевая боль	р	ГБ + лицевая боль	р (ГБ vs. коморбидность)	р (ЛБ vs. коморбидность)
п	177	28	–	105	–	–
Возраст	40,4 ± 13,4	42,5 ± 16,5	0,440	40,3 ± 12,9	0,99	0,45
Пол, жен. : муж. (%)	125 : 52 (70,6 : 29,4)	18 : 10 (64,3 : 35,7)	0,630	89 : 16 (84,8 : 15,2)	0,63	0,03
Депрессия	12,4 ± 6,5	14,5 ± 7,0	0,120	16,9 ± 6,8	0,00	0,10
Тревога	21,4 ± 7,5	24,9 ± 7,0	0,020	27,2 ± 7,6	0,00	0,15
Бруксизм бодрствования	14 (7,9%)	21 (75,0%)	0,000	92 (87,7%)	0,00	0,17
Бруксизм сна	11 (6,2%)	13 (46,4%)	0,000	45 (42,8%)	0,00	0,90
Хроническая ГБ или ОФБ	23 (13,0%)	11 (39,0%)	0,001			

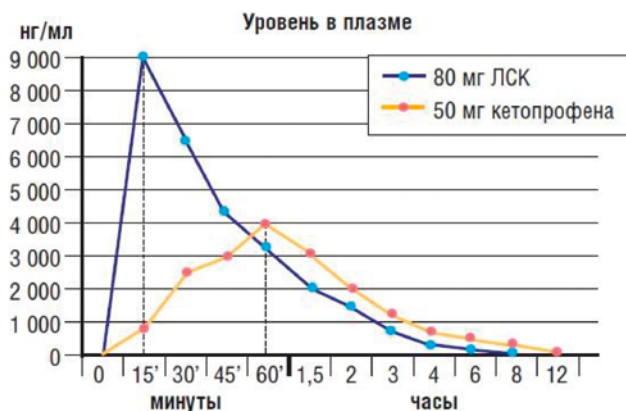


Рисунок. Уровень в плазме после приема капсулы 50 мг кетопрофена и 80 мг лизиновой соли кетопрофена в саше

Обращает на себя внимание также высокая распространенность бруксизма сна и бодрствования в исследуемой группе. К сожалению, в данной работе бруксизм бодрствования оценивался по самоотчетам пациентов, без использования общепринятого для данной задачи приложения Brux app [11]. Это могло привести даже к недооценке реальной более высокой распространенности данной мышечной активности. Интересно, что распространенность бруксизма сна и бруксизма бодрствования была значимо выше у пациентов с лицевой болью по сравнению с пациентами с ГБ и общей популяцией [12]. Другие авторы также продемонстрировали высокую распространенность бруксизма бодрствования у пациентов с болевой формой ДВНЧС [13]. Выраженность тревоги и депрессии также была значимо выше у пациентов с ОФБ и пациентов с ГБ + ОФБ по сравнению с пациентами, которые не страдали лицевой болью. Это может свидетельствовать о важной роли бруксизма и психоэмоциональных расстройств в формировании и последующей хронизации орочасальной боли.

Необходимы дальнейшие исследования распространенности различных форм лицевой боли, особенно ДВНЧС и тригеминальной невралгии, на приеме у врача общей практики и в специализированных центрах боли и ГБ. Также важно помнить о том, что мигрень является наиболее частой формой ГБ, а ДВНЧС лидирует среди причин орочасальной боли на приеме у невролога.

В лечении ГБ и ОФБ, вызванной мигренью и (или) болевой формой ДВНЧС, широко используют НПВС для купирования острой боли [14, 15, 18]. В частности, согласно международным и российским клиническим рекомендациям, один из распространенных препаратов этой группы кетопрофен используется в качестве препарата первой линии для купирования эпизодов ГБН, приступов мигрени легкой и средней интенсивности [16, 17]. Этот препарат, будучи неспецифическим ингибитором циклооксигеназы, обладает двойным механизмом действия: периферическим за счет блокады цикла арахидоновой кислоты и центральным — уменьшает чувствительность рецепторов головного мозга и блокирует передачу импульсов в спинном мозге [23].

Инновационное соединение хорошо зарекомендовавшего себя кетопрофена с лизином (препарат ОКИ) приводит к улучшению его фармакокинетических свойств: пик концентрации в плазме выше и быстрее достигается

в сравнении со «стандартным» кетопрофеном в виде кислоты (см. рис.) [19, 22]. Это позволяет улучшить и фармакодинамические показатели, в частности, за счет ускоренного всасывания и меньшего времени воздействия на ЖКТ, а также непосредственного защитного влияния лизина, отмечается лучшая переносимость лизиновой соли кетопрофена и меньшая частота осложнений со стороны ЖКТ [19, 20].

Особая форма лизиновой соли кетопрофена — препарат ОКИ АКТ. Инновационная лекарственная форма позволяет использовать препарат, не запивая водой, что сопоставимо с сублингвальным приемом. ОКИ АКТ растворяется в слюне, обладает улучшенной всасываемостью, что обеспечивает быстроту наступления эффекта. Препарат ОКИ АКТ достигает клинически эффективной концентрации в плазме крови уже через 5 минут после приема, а через 15 минут — максимальной концентрации, что обеспечивает более быстрое действие по сравнению с таблетированными НПВП [19]. Лучшая эффективность быстрорастворимых форм НПВП, по сравнению с таблетированными, также отмечена в клинических рекомендациях по лечению мигрени, одобренных Минздравом России [17]. Такой набор качеств позволяет рекомендовать ОКИ АКТ для купирования приступов различных форм ГБ и ОФБ — мигрени и болевой формы ДВНЧС, причем не только в домашних условиях, когда есть возможность развести гранулы в воде или запить таблетку водой, но и на ходу, на рабочем месте, в транспорте и т.д., что очень важно при выборе обезболивающего средства для активного человека.

Список литературы / References

1. GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2018; 17 (11): 954–976.
2. Steiner T.J., Stovner L.J., Vos T., Jensen R., Katsarava Z. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *J Headache Pain.* 2018; 19 (1): 17.
3. Slade G.D., Ohrbach R., Greenspan J.D., Fillingim R.B., Bair E., Sanders A.E., Dubner R., Diatchenko L., Meloto C.B., Smith S., Maixner W. Painful temporomandibular disorder: Decade of discovery from OPFERA studies. *J Dent Res.* 2016; 95 (10): 1084–1092.
4. Schiffman E., Ohrbach R., Truelove E., Look J., Anderso G., Goulet J.P., List T., Svensson P., Gonzalez Y., Lobbezoo F., Micheloff A., Brooks S.L., Ceusters W., Drangsholt M., Eftlin D., Gaul C., Goldberg L.J., Haythornthwaite J.A., Hollender L., Jensen R., John M.T., De Laat A., de Leeuw R., Maixner W., van der Meulen M., Murray G.M., Nixdorf D.R., Palla S., Petersson A., Pionchon P., Smith B., Visscher C.M., Zakrzewska J., Dworkin S.F.; International RDC/TMD Consortium Network, International association for Dental Research; Orofacial Pain Special Interest Group, International Association for the Study of Pain. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014; 28 (1): 6–27.
5. Manfredini D., Ahlberg J., Aarab G., Bracci A., Durham J., Eftlin D., Gallo L.M., Koultris M., Wetselaar P., Svensson P., Lobbezoo F. Towards a Standardized Tool for the Assessment of Bruxism (STAB)-overview and general remarks of a multidimensional bruxism evaluation system. *J Oral Rehabil.* 2020; 47 (5): 549–556.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia.* 2018; 38 (3rd edition): 1–211.
7. Lipton R.B., Dodick D., Sadovsky R., Kolodner K., Endicott J., Hettiarachchi J., Harrison W.; ID Migraine validation study. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. *Neurology.* 2003; 61 (3): 375–382.
8. Ahmed F. Headache disorders: differentiating and managing the common subtypes. *Br J Pain.* 2012; 6 (3): 124–132.
9. Mohamed A.A.B. Characteristics of headache disorders, according to ICHD-III in an outpatient headache clinic in Sohag Governorate, Egypt. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg.* 2021; 57: 16.
10. Slettebø, H. Is this really trigeminal neuralgia? Diagnostic re-evaluation of patients referred for neurosurgery. *Scand J Pain.* 2021; 21 (4): 788–793.
11. Bracci A., Lobbezoo F., Häggman-Henrikson B., Colonna A., Nykänen L., Pollis M., Ahlberg J., Manfredini D., International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology INFORM. Current knowledge and future perspectives on awake bruxism assessment: expert consensus recommendations. *J Clin Med.* 2022; 11 (17): 5083.
12. Zani A., Lobbezoo F., Bracci A., Djukic G., Guarda-Nardini L., Favero R., Ferrari M., Aarab G., Manfredini D. Smartphone-based evaluation of awake bruxism behaviours in a sample of healthy young adults: findings from two University centres. *J Oral Rehabil.* 2021; 48 (9): 989–995.

13. Silva T.B., Ortiz F.R., Maracci L.M., Silva G.B., Salbego R.S., Liedke G.S., Marquezan M. Association among headache, temporomandibular disorder, and awake bruxism: A cross-sectional study. *Headache*. 2022; 62 (6): 748–754.
14. Е.В. Фомичев, Е.Н. Ярыгин. Диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. № 3 (55). С. 133–135.
E. V. Fomichev, E. N. Yarygin. Diagnosis and treatment of temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. *Bulletin of the Volgograd State Medical University*. 2015. No. 3 (55). Pp. 133–135.
15. Kulkarni S., et al. Evaluating the effectiveness of nonsteroidal anti-inflammatory drug for relief of pain associated with temporomandibular joint disorders: A systematic review. *Clin Exp Dent Res*. 2020; 6 (1): 134–146.
16. Marmura M.J., Silberstein S.D., Schwedt T.J. The acute treatment of migraine in adults: the American headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache*. 2015; 55 (1): 3–20.
17. Мирень. Клинические рекомендации МЗРФ. 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/295_2 (Доступ 01/02/23)
Migraine. Clinical recommendations of the MZRF. 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/295_2 (Accessed 01/02/23)
18. Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р. и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020; 12 (4): 4–14.

- Filatova E.G., Osipova V.V., Tabeeva G.R. Diagnosis and treatment of migraine: Recommendations of Russian experts. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2020; 12 (4): 4–14.
19. Panerai A.E., Lanata L., Ferrari M., et al. A new ketoprofen lysine salt formulation: 40 mg orodispersible granules. *Trends Med* 2012; 12 (4): 159–167.
20. Novelli R., Aramini A., Boccella S., Bagnasco M., Cattani F., Ferrari MP, Goisis G, Minnella EM, Allegretti M, Pace V. Ketoprofen lysine salt has a better gastrointestinal and renal tolerability than ketoprofen acid: A comparative tolerability study in the Beagle dog. *Biomed Pharmacother*. 2022 Sep; 153: 113336.
21. OKI: Summary of Product Characteristics.
22. Natale F. Studio in soggetti volontari sani della biodisponibilità relativa e della farmacocinetica di ketoprofen dopo somministrazione per via orale sotto forma di sale di lisina in formulazione bustine di granulato (dose singola e ripetuta) e in forma di ketoprofen acido formulato in capsule. *Report Interno Dompè* 1991.
23. Пилипович А.А., Данилов А.Б., Симонов С.Г. Боль в шее: причины и подходы к лечению. *РМЖ*. 2012. С. 18.
Pilipovich A.A., Danilov A.B., Simonov S.G. Neck pain: causes and treatment approaches. *breast cancer*. 2012. P. 18.

Статья поступила / Received 28.01.23
Получена после рецензирования / Revised 31.01.23
Принята к публикации / Accepted 01.02.23

Сведения об авторах

Кислова Елена Александровна, врач-невролог¹

Латышева Нина Владимировна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ИПО^{2,3}. ORCID: 0000-0001-9600-5540

Филатова Елена Глебовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ИПО^{2,3}. ORCID: 0000-0001-9978-4180

¹Поликлиника № 2 сети клиник АО «Семейный доктор», Москва

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

³ООО «Шефалоголи» – Клиника головной боли и вегетативных расстройств имени академика Александра Вейна – клиническая база Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва

Автор для переписки: Латышева Нина Владимировна E-mail: ninalat@gmail.com

About authors

Kislova Elena A., neurologist¹

Latysheva Nina V., DM Sci (habil.), professor of Dept of Nervous Diseases, Institute for Postgraduate Education^{2,3}. ORCID: 0000-0001-9600-5540

Filatova Elena G., DM Sci (habil.), professor of Dept of Nervous Diseases, Institute for Postgraduate Education^{2,3}. ORCID: 0000-0001-9978-4180

¹Family Doctor Clinic

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

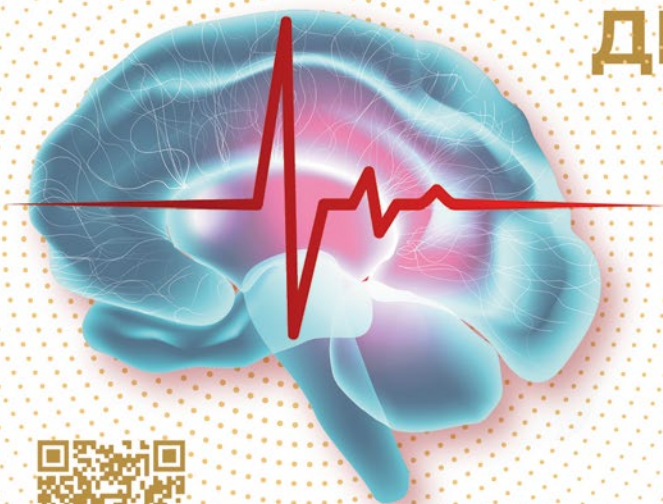
³Alexander Vein Headache Clinic

Corresponding author: Latysheva Nina Vladimirovna E-mail: ninalat@gmail.com

Для цитирования: Кислова Е.А., Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Головная и лицевая боль в специализированной клинике боли: распространенность и коморбидность. *Медицинский алфавит*. 2023; (2): 7–11. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-2-7-11>

For citation: Kislova E.A., Latysheva N.V., Filatova E.G. Headache diagnoses in patients with orofacial pain at a specialized pain center. *Medical alphabet*. 2023 (2): 7–11. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-2-7-11>

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ ДВЕ СТОЛИЦЫ



1 марта
Москва
Ленинградский просп.,
37, корп. 9,
Бизнес-отель «Аэростар»

4 марта
Санкт-Петербург
Московский просп., 97,
Отель «Холидей Инн
Московские Ворота»

Сайт трансляции: **cardiologys.ru**